

Rapport de situation sur l'Éradication de la poliomyélite – juin 2005

Données à fin mai

Pour les dernières données sur les cas de poliomyélite par pays, mises à jour toutes les semaines : www.polioeradication.org

Grands titres

- **L'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) réaffirme son objectif d'éradication de la poliomyélite.** Les Etats membres notent les progrès réalisés en Asie et la réponse intense apportée à l'épidémie en Afrique et insistent sur la nécessité d'un financement durable pour continuer les activités, en particulier au vu des importations les plus récentes. De plus, lors de la WHA, **la poliomyélite a été incluse parmi les maladies à déclaration obligatoire** dans le nouveau Règlement sanitaire international (IHR)
- **En avril et en juin, la Somalie conduit des campagnes préventives** en raison de l'épidémie en Ethiopie et de la menace qui pèse sur le statut sans poliomyélite du reste de la Corne de l'Afrique.
- **Déficit de financement critique pour les réponses d'urgence et les activités programmées.** En raison du risque d'une propagation accrue du poliovirus dans les zones sans poliomyélite, il est plus que jamais important de combler rapidement le déficit de financement de US \$ 250 millions pour 2005 - 2006, dont un besoin urgent US \$ 50 millions d'ici juillet 2005. Dans le cas contraire, les activités de vaccination seraient compromises et l'effort d'éradication dans son ensemble serait menacé.

Panorama de l'éradication mondiale de la poliomyélite en 2005

- Les Etats membres de la WHA ont exprimé en mai leur grande confiance dans le succès du programme. La date butoir pour l'arrêt de la transmission d'ici fin 2005 sera révisée en octobre.
- **Il existe six pays d'endémie** (Nigéria, Inde, Pakistan, Niger, Afghanistan et Egypte) et **6 pays où la transmission est ré-établie** (Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Mali, République centrafricaine, Soudan et Tchad)
- **Le succès de ces opérations dépend des capacités à atteindre les groupes d'enfants qui demeurent sous-vaccinés.** Dans chaque pays, il s'agit d'enfants pauvres, jeunes et vivant dans des communautés ne bénéficiant que de peu ou pas de soins de santé de base.
- **Les plus grandes menaces pour un monde sans poliomyélite sont :**
 1. **Un échec à pouvoir atteindre tous les enfants** dans les régions demeurant endémiques (plus spécialement en Inde, au Pakistan et au Nigéria), associé à une insécurité permanente dans certains pays où la transmission de la maladie a été ré-établie (particulièrement en Côte d'Ivoire et au Soudan).
 2. **Des lacunes de surveillance de la maladie** (particulièrement en Afrique de l'Ouest, Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique).
 3. **De faibles taux de vaccination systématique** qui favorisent la propagation du virus.
 4. **Un déficit de financement** de US \$ 50 millions pour le second semestre 2005 (à combler d'ici juillet) et la nécessité d'engagements sur plusieurs années dont le plus urgent s'élève à US \$ 200 millions pour 2006.

C'est plus que l'éradication d'une maladie qui est en jeu. L'éradication de la poliomyélite prouverait le bien-fondé d'un investissement mondial qui aura duré 17 années et coûté US \$ 4 milliards, et que le monde peut collaborer en vue d'atteindre un objectif commun de santé publique.

Asie

Inde et Pakistan

- Une analyse semestrielle a eu lieu à Genève le 30 mai, en vue d'affiner les plans pour le second semestre et de réunir les responsables administratifs fédéraux et ceux des principaux états et provinces (Inde : Uttar Pradesh et Bihar ; Pakistan :

Punjab, Province de la frontière du Nord-Ouest, Balochistan et Sindh). L'implication efficace de l'administration civile doit être encouragée et renforcée car elle a permis un plus grand accès aux enfants et des tournées de vaccination de haute qualité.

- Le Ministre indien des Chemins de Fer fédéraux a adopté un plan visant à vacciner les enfants voyageant par le train. Cette action s'ajoute aux vaccinations qui ont lieu depuis le début de l'année dans des points de transit tels que les gares routières et ferroviaires.
- Lors des campagnes de vaccination de mai en Inde, le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent 1 (mVPO1) a été utilisé dans les zones à risque et la version trivalente dans le reste du pays.
- Au Pakistan, une consultation informelle sur l'éradication de la poliomyélite a eu lieu du 10 au 12 mai. Les experts ont conclu que le Pakistan pouvait stopper la transmission du poliovirus sauvage en 2005, car en 2004 des améliorations marquées dans l'efficacité des campagnes de vaccination à atteindre chaque enfant ainsi que dans la surveillance de la poliomyélite ont été notées. On a signalé moitié moins de cas au Pakistan que l'an dernier à la même période et sont tous dus au poliovirus sauvage de type 1. Il est encourageant que le nombre de cas chute et que le système de surveillance s'améliore : 50 % de cas supplémentaires de PFA ont été notifiés au cours des quatre premiers mois de 2005 par rapport à la même période en 2004. La présence de seulement le poliovirus de type 1 a conduit la consultation à recommander l'emploi du mVPO1 pour les campagnes du second semestre afin d'accélérer l'interruption de ce type de virus.

Afghanistan

- Deux cas de poliovirus de type 3 ont été signalés dans les provinces de Helmand et Oruzgan, rappel si besoin était que le virus de type 3 continue de circuler dans ce réservoir. Une campagne de ratissage a été conduite dans 13 districts du 21 au 23 mai.

Indonésie

- L'Indonésie a terminé le mois avec 16 cas importés, tous dans la Province de Java Ouest, ou à proximité, où le 1er cas avait été signalé. Les journées locales de vaccination ont commencé à la fin du mois, ciblant 6,4 millions d'enfants.

Afrique

- Le troisième cycle de JNV synchronisées qui a fait suite à la puissante réponse du continent à l'épidémie montre des résultats positifs. En 2005, en Afrique occidentale, seuls le Cameroun, le Niger et le Nigéria ont recensé des cas.
- L'arrêt de la transmission d'ici fin 2005 nécessitera une amélioration extraordinaire et rapide de la qualité des campagnes de vaccination, spécialement au nord du Nigéria et dans les pays en proie à des conflits armés.
- Une plus ample propagation de la poliomyélite est un risque persistant, en particulier en République démocratique du Congo, en Érythrée, à Djibouti et en Somalie.

Nigéria

- La transmission du poliovirus est devenue plus localisée. A ce jour en 2005, 71 % des cas de poliovirus sauvage sont concentrés dans 6 états (Jigawa, Kaduna, Kano, Kebbi, Sokoto et Zamfara) au nord-ouest du Nigéria. Cette localisation reflète la meilleure qualité des campagnes de vaccination. L'un des facteurs contribuant à l'amélioration de la qualité des campagnes de vaccination réside dans l'engagement accru des responsables politiques, traditionnels et religieux au niveau fédéral, des états, des zones gouvernementales locales et des quartiers.
- Un progrès considérable est observé dans la qualité des campagnes de vaccination : le nombre des enfants manqués a chuté pour atteindre seulement 7 % pendant la campagne de mai 2005. En comparaison aux 68 % d'enfants sous-vaccinés en 2004, 41 % des enfants ont eu moins de 4 doses de VPO en 2005.
- Pour arrêter complètement la transmission du poliovirus sauvage au Nigéria, il faut désormais accorder une attention particulière aux zones à haut risque où la qualité des activités de vaccination supplémentaires est encore faible. La plus haute priorité doit être accordée à l'amélioration de la micro-planification, à la surveillance étroite et à la sensibilisation locale, ainsi qu'au recrutement de davantage de superviseurs indépendants.

Niger

- Aucun nouveau cas n'a été signalé en mai. Des JNV synchronisées ont eu lieu en mai.

Egypte

- Aucun prélèvement environnemental positif n'a été signalé depuis le 13 janvier 2005 et aucun cas clinique depuis le 3 mai 2004. Les rapports initiaux des JNV de mai utilisant des VPOm1 sont encourageants en termes de couverture.

Afrique centrale et Afrique de l'Ouest

- Des JNV synchronisées ont eu lieu entre le 13 et le 17 mai au Burkina Faso, au Cameroun, en République centrafricaine, en Côte d'Ivoire, en Guinée, au Mali et au Tchad (en plus du Nigéria et du Niger).

Afrique centrale et Corne de l'Afrique

- En Somalie, une analyse du statut de la vaccination suggère que 69 % des enfants ne sont pas ou sont sous-vaccinés (< 3 doses de VPO). Alors que le taux national de PFA est de 2,8, des lacunes de surveillance locales existent, en particulier à Mogadiscio et dans le nord du pays. Une tournée supplémentaire de JNV est prévue en juin.

Moyen-Orient

Yémen

- Des JNV ont commencé le 30 mai, utilisant 6 millions de doses de mVPO1 pour interrompre plus rapidement la transmission lors des tournées de vaccination maison par maison par 32 000 infirmiers.
- Le nombre de cas de l'épidémie au Yémen a atteint 179 à la fin mai. Le Yémen a souffert de multiples importations dans le gouvernorat de Hodaidah, ville portuaire avec de fréquents mouvements de population sur la Mer Rouge. Les vaccinations systématiques relativement faibles au Yémen sont à l'origine de la propagation rapide du virus.
- Douze des 22 gouvernorats du pays ont rapporté des cas, 75 % dans celui de Hodeidah. Cette localisation suggère que la campagne préventive d'avril a empêché une plus ample propagation. Les prochaines activités supplémentaires de vaccination au Yémen sont prévues pour le 11 juillet.